3

Beger

1995

(Separat-Abdr. aus der Berl. klin. Wochenschr., 1882, No. 41.)

Aus der Klinik des Herrn Prof. Thiersch.

Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatzes.

Von

Dr. **A. Beger,** I. Assistent der Klinik.

Der bisher gesunde 47 Jahre alte Handelsmann Hermann Hahn bekam vor 3 $^1/_2$ Jahren eine „Beule“ in der rechten Leistengegend. Er hatte viel Schmerzen und musste sich ins Bett legen. Die Anschwellung wuchs enorm, die Haut darüber wurde roth, und im Juli 1879 wurde durch eine von Herrn Dr. Wernicke in Plauen ausgeführte Incision etwa ein Liter geruchlosen Eiters entleert. Der Zustand des Kranken besserte sich darnach rasch; aber die Schnittwunde heilte nicht wieder zu, es wuchs aus der Fistelöffnung „wildes Fleisch“, und allmälig entwickelte sich daraus die jetzt entstehende Geschwulst.

Pat. giebt mit Bestimmtheit an, dass er nie an Verdauungsbeschwerden, namentlich nicht an Verstopfung gelitten habe; auch zu Anfang seiner Krankheit, vor Eröffnung des Abscesses behauptet er, regelmässig Stuhl gehabt zu haben. Ferner bestreitet Pat., dass jemals aus der unten zu beschreibenden Oeffnung faeculent riechende Gase oder gar kothähnliche Massen entleert worden seien. Die Aufnahme des Kranken in die Klinik erfolgte am 30. Mai 1882.

Status präsens: Grosser, abgemagerter und anämisch aussehender Mann. Kein Fieber. Brustorgane gesund. Leib weich und schlaff. Die Bauchorgane scheinen normal. Oberhalb der rechten Inguinalfalte findet sich eine faustgrosse, geschwürig zerfallene Geschwulst von unregelmässiger Gestalt. An den Rändern ist dieselbe mehrere Centimeter hoch, die Mitte ist kraterförmig vertieft. Die ulcerirte Oberfläche zeigt einen drusigen Bau, ist

theils sammetartig, theils grobkörnig granulirt. Die Geschwulst lässt sich mit den Bauchdecken verschieben und wird durch die Pulsation der darunter liegenden Art. iliaca rhythmisch gehoben. In der nächsten Umgebung ist die Haut zum Theil narbig, zum Theil verdünnt und von Fisteln durchbrochen. Neben dem sehr übel riechenden Eiter, welchen die ulcerirte Fläche absondert, ist der Krater oft mit einer klaren serösen Flüssigkeit gefüllt. Dringt man mit einer Sonde oder besser mit dem Zeigefinger in die Tiefe des Kraters, so gelangt man nach Ueberwindung einer engen, knapp für den Finger durchgängigen Stelle in einen Hohlraum. Legt man nun die andere Hand flach auf den Bauch oberhalb der Stelle, wo die Geschwulst sitzt, so fühlt man die Spitze des Zeigefingers und zwischen Hand und Finger eine Schicht, welche ihrer Dicke nach den gesammten Bauchdecken entspricht. Nach abwärts von der Geschwulst liegen krebsig entartete, fistulöse Lymphdrüsen. Vom Mastdarm aus fühlt man nichts Abnormes. Die Nieren functioniren normal. Beide Hoden liegen im Scrotum. Die Beine sind nicht ödematös.

Therapie: Gute Nahrung. Bäder. Ausspülungen mit Aq. chlori.

Die microscopische Untersuchung eines excidirten Geschwulststückes zeigt das Bild eines Adeno-Carcinoms des Darms.

Massenhaft liegen Schläuche, welche in einem Schnittpräparat dem Quer- und Längsschnitt von Lieberkühn'schen Drüsen gleichen, neben unregelmässig gebauten Hohlräumen, deren Wände mit Cylinder- und Becherzellen bekleidet sind. Diese epithelialen Gebilde liegen in einem Stroma, welches der Hauptsache nach aus kleinen Rundzellen mit wenigem faserigen Bindegewebe besteht.

Dieses microscopische Bild war sehr überraschend; es nöthigte uns anzunehmen, dass mit grosser Wahrscheinlickeit die Neubildung ihren Ursprung vom Darm genommen habe, obgleich niemals pathologische Erscheinungen von Seiten des Darms aufgetreten waren und die sämmtlichen der für Darmkrebse characteristischen Symptome fehlten: es bestand weder eine Darmstenose, noch waren aus dem Krater Darmgase etc. an die Oberfläche getreten. Sollte nun dennoch die Neubildung vom Darm ausgegangen sein, so musste dies von einem Theil desselben geschehen sein, welcher von den Ingesta nicht berührt wird und dessen Verschluss eine Unwegsamkeit des Darmcanals nicht zur Folge hat. Etwas derartiges haben wir, abgesehen von abnormen Divertikeln, nur in dem Anhängsel des Blinddarms, dem Wurmfortsatze. Da der Sitz

der Geschwulst der Lage des Processus vermif. entsprach, so diagnosticirten wir: Carcinom des Processus verniformis mit Uebergreifen auf die Bauchwand, aber Freilassen des Coecum. Der Hohlraum, in welchen der Finger eingeführt werden konnte, musste das Colon ascendens sein.

14. Juli. Der Allgemeinzustand des Kranken hat sich bedeutend gebessert. Pat. hat an Körpergewicht zugenommen, isst mit gutem Appetit, hat kein Fieber und keine Schmerzen. Der Stuhlgang ist stets regelmässsig, ohne Beschwerden. Das Aussehen der Geschwulst ist wenig verändert. Die Secretion ist geringer, der Eiter nicht mehr übelriechend. Nie sind aus der Tiefe der Geschwulst Flatus oder kothartige Substanzen hervorgekommen; auch ist das oben beschriebene seröse Secret nach Genuss von Heidelbeersaft nicht gefärbt worden. Das Pulsiren der Geschwulst hat aufgehört, der Puls der Art. femoralis d. ist weniger stark als früher zu fühlen. Das rechte Bein ist nicht ödematös, zeigt keine motorischen oder sensibeln Störungen, ist aber oft mit Schweiss bedeckt, wenn das linke Bein ganz trocken ist.

Bei dem jetzt gebesserten Ernährungszustand erschien der Versuch einer Exstirpation der Geschwulst gerechtfertigt, besonders da Pat. dieselbe dringend verlangte. Die Operation wurde ausgeführt, Pat. starb aber 36 Stunden nachher.

Am Tage vor der Operation wurde zur gründlicheren Reinigung ein Kautschukrohr durch die enge Stelle in die „Höhle“ geführt und diese (also das vermeintliche Colon) ausgespült. Jetzt kam aus dem Rohr neben dem wieder abfliessenden Wasser zum ersten Mal etwas kothartige aber nicht faeculent riechende Masse zum Vorschein; dieselbe bestand, wie microscopisch festgestellt wurde, aus Pflanzentheilen. Wenn man durch das Rohr ein Liter Wasser in die „Höhle“ einfüllte, gab ein bisher tympanitischer Streifen parallel und nach vorn von der vorderen Axillarlinie leeren Schall (Colon ascendens).

18. Juli. Chloroformnarcose. Antisepsis, Salicylspray. Circumcision der Geschwulst 1—2 cm. vom fühlbaren Rand entfernt. Es gelingt, die Geschwulst von oben her etwa zur Hälfte vom Bauchfell ohne Eröffnung desselben abzupräpariren, bis ein über fingerdicker Strang von der Geschwulst in die Peritonealhöhle hineinziehend sichtbar wird. Einschneiden des parietalen Blattes des Bauchfelles schräg von aussen oben nach unten und innen, Herauszerren des Blinddarmes (derselbe ist sehr beweglich) und

der angrenzenden Darmtheile. Der oben erwähnte Strang ist der Wurmfortsatz. Im Blinddarm selbst ist eine über wallnussgrosse Geschwulst zu fühlen. Der Processus vermiformis wird ungefähr in der Mitte doppelt unterbunden, durchschnitten, das centrale Ende ustionirt und der Darm wieder provisorisch in die Bauchhöhle versenkt. Dann wird die Bauchdeckengeschwulst sammt den inficirten Lymphdrüsen vollständig entfernt. Das Abpräpariren von den grossen Gefässen und dem Samenstrang ist sehr mühsam, gelingt aber ohne wesentliche Blutung. Nach nochmaliger Desinfection des Operationsfeldes werden die Därme wieder hervorgeholt. Handbreit vom Coecum entfernt werden Colon und Ileum durch mit Kautschukschläuchen armirte Kornzangen verschlossen. Incision des Coecum an der Aussenseite: In die Höhle desselben ragt an der Stelle, wo der Wurmfortzsatz einmündet, eine über wallnussgrosse Geschwulst von papillär warzigem Bau, weich anzufühlen mit thalergrosser Basis hinein. Die Valvula Bauhini ist intact. Excision des convexen Theiles des Coecum mit Erhaltung der Klappe. Der dadurch entstandene ovaläre Defect wird durch lineäre Vereinigung der Wundränder nach Lembert mit Seidennähten geschlossen, so dass der Dünndarm jetzt zwar seitlich, aber am unteren Ende des verkleinerten Coecum einmündet.

Nähen der Mesenterialwunden, Lösen der Klammern, Versenken des Darmes in die Bauchhöhle, Verschluss der Bauchfellwunde durch Seidennähte. Damit ist die Operation beendet. Der 2 handgrosse Defect der Haut lässt sich natürlich nicht decken. In der Tiefe desselben liegen Art. und Vena iliaca und femoralis bloss, ferner der M. ileopsoas, Reste des Samenstranges etc. Der Substanzverlust wird mit Jodoformgaze bedeckt, darüber Watte und ein Beckenverband.

Dass durch die Operation gewonnene Präparat zeigt erstens die oben beschriebene Bauchdeckengeschwulst, welche trichterförmig sich verjüngend direct in den Wurmfortsatz übergeht. Der Wurmfortsatz selbst ist etwa 6 cm. lang und fingerdick, das periphere Ende ist bedeutend erweitert, die Serosa ist nirgends von der Neubildung durchbohrt. Auf dem Querschnitt sieht der Proc. vermif. aus wie ein Fistelgang; microscopisch zeigt sich die Wand entzündlich hypertrophirt, die central gelegene Schicht gleicht einer Abscesswand und zeigt verhältnissmässig wenig Geschwulstelemente. Es hat hier also eine Vereiterung der Neubildung stattgefunden. Das herausgeschnittene Blinddarmstück ist 8 cm. lang und 4 cm. breit.

Der Kranke sieht nach beendeter Operation sehr bleich aus, der Puls ist klein und weich. Campher subcutan.

Abends. T. 36,8. Puls 90, kräftiger. Pat. ist bei Besinnung, klagt über Kreuzschmerzen.

19. Juli Nachm. 5 Uhr: T. 40,2, kalter Schweiss, kleiner, elender Puls. Meteorismus, Aufstossen.

Abends Tod an Herzschwäche.

Die Section (Dr. Huber) zeigte einen geringen peritonitischen Belag in der Umgebung der genähten Darmpartie; kein Exsudat. Die Darmnaht hatte gut gehalten; im Colon acendens war Koth. Die retroperitonealen Lymphdrüsen waren krebsig infiltrirt.

Abgesehen von dem ausserordentlich seltenen Auftreten von Carcinomen des Proc. vermiformis überhaupt bietet unser Fall noch dadurch besonderes Interesse, dass die Neubildung so frühzeitig mit den Bauchdecken verwuchs, als ein den Bauchdecken angehöriger Tumor imponirte und trotz dreijährigen Bestehens keine Darmsymptome verursacht hatte. Die Entartung hatte offenbar an der Spitze des Processus vermiformis begonnen und war langsam längs der Schleimhaut des Wurmfortsatzes bis in die Höhle des Coecum hineingewuchert. Die Diagnose konnte vor der Operation richtig gestellt werden. Räthselhaft bleibt das Auftreten des Abscesses zu Beginn des Krankheit. Man kann denselben nicht als einen perityphlitischen bezeichnen, weil der Anamnese nach Bauchfellsymptome vollständig fehlten; vielleicht entwickelte er sich in den Fascien der Bauchwand.

Die Neubildung fühlte sich nicht so hart an wie z. B. gewöhnlich die Mastdarmkrebse, sondern weich, sammetartig, wie Schleimhaut, wahrscheinlich, weil der Character des Adenoms hier der vorwiegende war. Die seröse Flüssigkeit, welche den Krater füllte, wird als Secret der neugebildeten Drüsenschläuche anzusehen sein. Der in das Coecum führende Kanal musste an einer Stelle abgeknickt sein, weil trotz seiner Weite kein Darminhalt austrat. Die Operation verlief an und für sich nach Wunsch, aber die Lebenskräfte des Kranken waren nach dem enormen Eingriff so erschöpft, dass eine Temperatursteigerung bis 40 und die geringe circumscripte Peritonitis genügten, eine tödtliche Herzschwäche herbeizuführen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.